STAATSCOURANT
Officiële uitgave van het Koninkrijk der Nederlanden sinds 1814.
Nr. 25539
20 augustus 2015

Informatieverstrekking gebudgetteerde zorgaanbieders van gespecialiseerde GGZ

Vastgesteld op 11 augustus 2015
REGELING NR/CU-563

Gelet op de artikelen 62 en 68, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de volgende regeling vastgesteld:

1. Reikwijdte

Deze regeling is van toepassing op zorgaanbieders van gespecialiseerde GGZ als bedoeld in artikel 3, onder a, doch slechts voor zover deze zorgaanbieders zijn aan te merken als gebudgetteerde zorgaanbieder als bedoeld in artikel 3 onder c van deze regeling.

2. Doel

Deze regeling heeft tot doel voorschriften en beperkingen te stellen die gelden bij de verplichte informatieverstrekking ten behoeve van de vaststelling/bepaling van:
- het opbrengstverschil over de doorloop DBC’s 2012 in 2014;
- het bedrag correcties 2008–2012 in 2015;
- het sluitingsbedrag 2013 in 2016;
- het bedrag voor de verrekening van de overgangsregeling NHC.

3. Begripsbepalingen

In deze regeling wordt verstaan onder:
a. *gespecialiseerde GGZ:* geneeskundige geestelijke gezondheidszorg als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw), niet zijnde generalistische basis GGZ;
b. *zorgaanbieder:* de natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig curatieve geestelijke gezondheidszorg verleent;
c. *(voorheen) gebudgetteerde zorgaanbieder:* rechtspersoon als bedoeld onder b, voor zover deze met een representerende zorgverzekeraar voor 2013 en/of eerdere jaren productieafspraken in zowel budgetparameters als DBC’s heeft gemaakt, en welke afspraken hebben geresulteerd, in een door de NZa vastgesteld transitiebedrag (2013) en budget (2012 en eerdere jaren);
d. *niet-gebudgetteerde zorgaanbieder:* zorgaanbieder, met uitzondering van zorgaanbieders bedoeld onder c;
e. *zorgverzekeraar:* een verzekeraar als bedoeld in artikel 1, onder b, van de Zorgverzekeringswet;
f. *representerende zorgverzekeraar(s):* zorgverzekeraar(s), aangewezen op grond van het representatiemodel van Zorgverzekeraars Nederland die over 2012 en 2013 per regio namens meerdere zorgverzekeraars in die regio met gebudgetteerde zorgaanbieders productieafspraken maakt zoals bedoeld onder i, j en k over te leveren curatieve geestelijke gezondheidszorg;
g. *DBC:* Diagnose Behandeling Combinatie;
h. *DBC-zorgproduct:* een DBC omvat het traject dat een patiënt doorloopt als hij zorg nodig heeft voor een specifieke diagnose, vanaf het eerste contact bij een gespecialiseerde GGZ-aanbieder tot en met de behandeling die hier eventueel uit volgt. De DBC vormt de basis voor de declaratie van deze geleverde zorg;
i. *productieafspraak in DBC’s:* afspraak tussen een gebudgetteerde zorgaanbieder en zijn representerende zorgverzekeraars over de omvang van de in 2013 te openen DBC’s, conform artikel 5 van de beleidsregel ‘Invoering DBC-bekostiging voor gebudgetteerde zorgaanbieders van curatieve GGZ’;
j. *aanvullende productieafspraak:* afspraak over te openen DBC’s in het jaar 2013 na vaststelling van het transitiebedrag, als bedoeld in artikel 7 van de beleidsregel ‘Invoering DBC-bekostiging voor gebudgetteerde zorgaanbieders van curatieve GGZ’;
k. *definitieve productieafspraak:* som van de productieafspraak in DBC’s en de aanvullende productieafspraak;
l. *doorloop DBC’s 2012:* DBC’s geopend in 2012 en niet gedeclareerd in 2012, maar wel gedeclareerd voor of uiterlijk op 15 maart 2014;
m. *realisatie doorloop DBC’s 2012:* bedrag dat gelijk is aan de waarde (in Euro’s) van alle DBC’s geopend in 2012 en niet gedeclareerd in 2012 maar wel gedeclareerd voor of uiterlijk op 15 maart 2014 verminderd met het onderhanden werk 2012;

n. *realisatie 2013:* bedrag dat gelijk is aan de waarde (in Euro's) van alle DBC's, inclusief normatieve huisvestingscomponent, geopend in 2013 en gedeclareerd vóór, of uiterlijk op 15 maart 2015;
o. *correcties 2008–2012:* bedrag dat volgens de zorgaanbieder gecorrigeerd moet worden op de DBC-omzet over de jaren 2008–2012.

4. Te verstrekken informatie

Gebudgetteerde zorgaanbieders verstrekken de NZa overeenkomstig de beleidsregels 'Nacalculatie doorloop DBC's 2012, afrekening correcties 2008–2012 en nacalculatie DBC's 2013' en 'Invoering normatieve huisvestingscomponent (NHC) gespecialiseerde GGZ' de volgende gegevens en inlichtingen:

Nacalculatie doorloop DBC's 2012

4.1 Gebudgetteerde zorgaanbieders verstrekken vóór, doch uiterlijk 1 juni 2014 een opgave van de realisatie van de doorloop DBC's 2012. Daarvoor dient gebruik te worden gemaakt van het formulier 'Nacalculatie doorloop DBC's GGZ Zvw 2012'. Er wordt aan de aanleververplichting voldaan, indien deze tenminste de volgende onderdelen bevat, respectievelijk aan de volgende eisen voldoet:
- een ondertekeningsdocument met handtekening dat beschikbaar wordt gesteld via de applicatie;
- de datumtijdstempel (voorheen controlegetal) op het ondertekeningsdocument moet overeenkomen met de ingediende aanvraag;
- de bijbehorende controleverklaring op de realisatie van de doorloop DBC's (zie artikel 5).

Voor het formulier 'Nacalculatie doorloop DBC's GGZ Zvw 2012' geldt dat de representerende zorgverzekeraar, die over het jaar 2012 de 1e representerende zorgverzekeraar was voor een zorgaanbieder, enkel medeondertekent voor een eventuele aanpassing van de rekenfactor doorloop DBC's 2012 zoals bedoeld in artikel 4.7 en 4.8 van de beleidsregel 'Nacalculatie doorloop DBC's 2012 en nacalculatie DBC's 2013'. Voor wat betreft de opgave van de realisatie van de doorloop DBC's 2012 geeft de accountant een controleverklaring af op juistheid van de verstrekte gegevens en inlichtingen.

Opgave correcties 2008–2012

4.2 Gebudgetteerde zorgaanbieders verstrekken vóór, doch uiterlijk 1 oktober 2015 een opgave van de correcties 2008–2012. Hiervoor dient gebruik gemaakt te worden van het formulier 'opgave correcties 2008–2012'. Deze opgave is niet verplicht.
Om voor verwerking in aanmerking te komen dient het ingediende formulier uit de volgende stukken te bestaan:
- een ondertekend voorblad van het formulier;
- een Excelversie van het ingediende formulier, waarbij geldt dat het controlegetal op het Excel-voorblad dient overeen te komen met het ondertekende voorblad en de beveiliging van het Exceldocument intact is gelaten;
- een rapport van feitelijke bevindingen (NV COS 4400) opgesteld door de accountant van de zorgaanbieder met betrekking tot de aansluiting tussen het opgegeven bedrag en de administratie van de zorgaanbieder, conform de eisen uit het controleprotocol 'correcties 2008–2012'.

Zie de toelichting voor een nadere uitwerking hiervan.

Nacalculatie DBC's 2013

4.3 Gebudgetteerde zorgaanbieders verstrekken vóór, doch uiterlijk 1 juni 2016 een opgave van de definitieve productieafspraak 2013 en van de realisatie 2013. Daarvoor dient gebruik te worden gemaakt van het formulier 'Nacalculatie DBC GGZ Zvw 2013'. Er wordt aan de aanleververplichting voldaan, indien deze tenminste de volgende onderdelen bevat, respectievelijk aan de volgende eisen voldoet:
- een ondertekend voorblad van het formulier;
- een Excelversie van het ingediende formulier, waarbij geldt dat het controlegetal op het Excel-voorblad dient overeen te komen met het ondertekende voorblad en de beveiliging van het Exceldocument intact is gelaten;
- de bijbehorende controleverklaring op de realisatie 2013.

Voor het formulier 'Nacalculatie DBC GGZ Zvw 2013' geldt dat de representerende zorgverzekeraar, die over het jaar 2013 de 1e representerende zorgverzekeraar was voor een zorgaanbieder, enkel medeondertekent voor de definitieve productieafspraak 2013. Voor wat betreft de opgave van de realisatie

2013 geeft de accountant een controleverklaring af op juistheid van de verstrekte gegevens en inlichtingen.

Voor zowel het productieafsprakenformulier als het nacalculatieformulier DBC's GGZ Zvw 2013 geldt dat indien de representerende zorgverzekeraar(s) het formulier niet medeondertekent, de zorgaanbieder het formulier zonder medeondertekening binnen de gestelde termijn bij de NZa indient. In de beleidsregels 'Invoering DBC-bekostiging gebudgetteerde zorgaanbieders van curatieve GGZ' en 'Nacalculatie doorloop DBC's 2012, afrekening correcties 2008–2012 en nacalculatie DBC's 2013' wordt beschreven hoe de NZa omgaat met eenzijdig ingediende formulieren. Tevens staat in deze beleidsregels het proces rondom de indiening en verwerking van de formulieren beschreven.

Normatieve huisvestigingscomponent (NHC) gespecialiseerde GGZ

4.4 Zorgaanbieders waarop de Beleidsregel 'Invoering normatieve huisvestingscomponent (NHC) gespecialiseerde GGZ' van toepassing is, leveren jaarlijks vóór 1 juni over het afgelopen kalenderjaar, een opgave aan van:

- de werkelijke productiedagen jaar t van het verblijf volgens de productstructuur van verblijf;
- de werkelijke productiedagen van het verblijf volgens de productstructuur van verblijf, behorende bij DBC's geopend in het voorafgaand kalenderjaar t-1. Deze opgave kan achterwege blijvenals de aanbieder kiest voor de door de NZa voorgestelde correctiefactor voor indexering;
- de kapitaallasten aan huur, rente en afschrijvingen van vastgoed volgens de Beleidsregel 'Invoering normatieve huisvestingscomponent (NHC) gespecialiseerde GGZ' en indien van toepassing de Beleidsregel 'Afbouw tijdelijke kapitaallasten gespecialiseerde GGZ'. De opgave kapitaallasten kan achterwege blijven indien doorbelasting/toerekening van kapitaallasten plaatsvindt vanuit de AWBZ of de doorbelaste kapitaallasten vanuit het algemeen/academisch ziekenhuis ongewijzigd zijn gebleven ten opzichte van de rekenstaat 2012 van de specialistische GGZ.

De accountant geeft een controleverklaring af op juistheid van de verstrekte gegevens en inlichtingen.

De zorgaanbieder gebruikt voor het opgeven van deze gegevens het formulier 'Verrekening van het bedrag van de overgangsregeling NHC'.

Formulieren

4.5 De genoemde formulieren worden door de NZa elektronisch beschikbaar gesteld via haar website.

5. Controleverklaring / rapport van feitelijke bevindingen

De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat een accountant als bedoeld in artikel 393 van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek de juistheid bevestigt van de op grond van de artikelen 4.1, 4.3 en 4.4 verstrekte gegevens en inlichtingen met betrekking tot respectievelijk de realisatie doorloop DBC's 2012 (artikel 4.1), de realisatie 2013 (artikel 4.3) en de werkelijke productiedagen van verblijf en de kapitaallasten (artikel 4.4).

Daarnaast zorgt de zorgaanbieder ervoor dat de accountant bevestigt in welke mate de zorgaanbieder heeft voldaan aan de bepalingen m.b.t. registreren en valideren, zoals opgenomen in de Regeling 'Gespecialiseerde GGZ'. Deze controle vindt plaats overeenkomstig de wijze die in het genoemde formulier en het daarbij beschikbaar gestelde controleprotocol is aangegeven.

De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat een accountant als bedoeld in artikel 393 van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek een rapport van feitelijke bevindingen (NV COS 4400) afgeeft met betrekking tot de aansluiting tussen het bedrag in de opgave correcties 2008–2012 (artikel 4.2) en de administratie, zoals uitgewerkt in het accountantsprotocol correcties 2008–2012.

6. Intrekking oude regeling

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze regel wordt de regeling 'Informatieverstrekking gebudgetteerde zorgaanbieders van gespecialiseerde GGZ', met kenmerk NR/CU-559, ingetrokken.

7. Overgangsbepaling

De regeling 'Informatieverstrekking gebudgetteerde zorgaanbieders van gespecialiseerde GGZ' met kenmerk NR/CU-559, blijft van toepassing op besluiten en aangelegenheden die hun grondslag vinden in die regeling en die betrekking hebben op de periode waarvoor die regeling gold.

8. Inwerkingtreding en citeerregel

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 september 2015. Ingevolge artikel 20, tweede lid, onderdeel a, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) zal deze regeling in de Staatscourant worden geplaatst.

Deze regeling kan worden aangehaald als 'Regeling informatieverstrekking gebudgetteerde zorgaanbieders van gespecialiseerde GGZ'.

Nederlandse Zorgautoriteit
M.J. Kaljouw
voorzitter Raad van Bestuur

TOELICHTING

Algemeen

Deze regeling heeft tot doel te bepalen welke informatie door gebudgetteerde zorgaanbieders moet worden verstrekt ten behoeve van vaststelling van het opbrengstverschil in 2014, het bedrag correcties 2008–2012 in 2015, het sluitingsbedrag 2013 in 2016 en van het verrekenbedrag overgangsregeling NHC tot en met 2018, en welke voorschriften en beperkingen daarbij gelden. De regeling vindt haar wettelijke grondslag in de artikelen 62 en 68 van de Wmg. De beleidsregel 'Nacalculatie doorloop DBC's 2012, afrekening correcties 2008–2012 en nacalculatie DBC's 2013' beschrijft het proces rondom de indiening en vaststelling/bepaling van het opbrengstverschil, van het bedrag correcties 2008–2012 en van het sluitingsbedrag, en de daarbij geldende procedures. De beleidsregel 'Invoering normatieve huisvestingscomponent (NHC) gespecialiseerde GGZ' beschrijft het proces rondom de indiening en vaststelling van het verrekenbedrag overgangsregeling NHC in verband met de invoering van de normatieve huisvestingscomponent. In voorliggende regeling is onder meer opgenomen wanneer een opgave compleet is en welke onderdelen de opgave ten minste moet bevatten om aan de aanleververplichting te voldoen.

In voorkomende gevallen bepaalt de NZa in een specifiek informatieverzoek als bedoeld in artikel 61, van de Wmg, welke andere gegevens en inlichtingen ten behoeve van de vaststelling van tarieven moeten worden verstrekt.

Artikelsgewijs

Artikel 4

Als gevolg van de invoering van prestatiebekostiging in de curatieve GGZ per 1 januari 2013 is de informatie, die gebudgetteerde zorgaanbieders aan de NZa moeten verstrekken, gewijzigd.

Artikel 4.1

Door de overgang van de nacalculatie 2013 van kalenderjaar op schadelastjaar worden de DBC's die zijn geopend in 2012 en gedeclareerd in 2013 niet meegenomen in de nacalculatie 2013. Om het jaar 2012 af te wikkelen is hier eenmalig een aparte nacalculatie voor ontwikkeld. Gebudgetteerde zorgaanbieders dienen hiertoe vóór 1 juni 2014 een opgave van de realisatie van de doorloop DBC's 2012 bij de NZa in te dienen. Bij deze opgave geeft de accountant een controleverklaring af op juistheid van de verstrekte gegevens en inlichtingen. De representerende zorgverzekeraar tekent enkel mee indien er een aanpassing van de rekenfactor wordt aangevraagd.

Artikel 4.2

Indien een gebudgetteerde zorgaanbieder nog een bedrag wil verrekenen met zorgverzekeraars over de jaren 2008–2012 dan is het mogelijk om dit op te geven middels het formulier 'Opgave correcties 2008–2012'. Om in aanmerking te komen voor verwerking dient de opgave van deze correcties vóór 1 oktober 2015 bij de NZa te zijn ingediend. Deze regeling is aangepast vanwege drie door veldpartijen gewenste aanpassingen:
(1) uitstel van 1 juli naar 1 oktober;
(2) geen ondertekening meer door de zorgverzekeraar;
(3) rapport van feitelijke bevindingen accountant nodig.

Zie hiervoor het convenant dat GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland met elkaar hebben afgesloten, en het accountantsprotocol dat als bijlage bij NR/CU-563 is opgenomen.

Een groot aantal aanbieders heeft vóór 1 juli 2015 ingediend. Voor deze aanbieders zijn drie mogelijkheden:
- De zorgaanbieder wenst het reeds ingediende formulier in te trekken. Dat kan middels een verzoek aan de NZa. Er hoeft geen rapport van feitelijke bevindingen te komen, de NZa rekent af over nihil.
- Er is niets gewijzigd en de zorgaanbieder wil wél het reeds ingediende formulier handhaven: dan wordt alsnog een rapport van feitelijke bevindingen naar de situatie van uiterlijk 31 augustus ingediend bij de NZa;
- Er is wel iets gewijzigd. De zorgaanbieder dient een nieuw formulier in bij de NZa, voorzien van een rapport van feitelijke bevindingen naar de situatie van uiterlijk 31 augustus.

De reeds ingediende eenzijdige opgaven zullen door de NZa worden verwerkt indien de opgave is

voorzien van een rapport van feitelijke bevindingen (NV COS 4400) waarin de accountant rapporteert over de aansluiting tussen de opgave en de administratie van de zorgaanbieder.

Indien de GGZ-aanbieder geen formulier heeft ingediend vóór 1 juli 2015 bestaan de volgende mogelijkheden:
- De zorgaanbieder wenst nog steeds geen formulier in te leveren. Dat kan. Er hoeft geen rapport van feitelijke bevindingen te komen, de NZa rekent af over nihil;
- De zorgaanbieder wenst alsnog een formulier in te leveren. De zorgaanbieder dient een formulier in bij de NZa, voorzien van een rapport van feitelijke bevindingen naar de situatie van uiterlijk 31 augustus.

Artikel 4.3

Gebudgetteerde zorgaanbieders dienen informatie omtrent gewijzigde of aanvullende productieafspraken 2013 niet meer bij de NZa in. Gebudgetteerde zorgaanbieders kunnen gedurende het jaar aanvullende productieafspraken maken met hun representerende zorgverzekeraars.

Over het jaar 2013 vindt nog één keer nacalculatie plaats. De nacalculatie op de budgetparameters komt te vervallen en voor het jaar 2013 vervangen door een nacalculatie op de DBC-afspraken. Hierdoor is het 'Verantwoordingdocument DBC GGZ omzet' en het nacalculatieformulier als het ware in elkaar geschoven en dienen gebudgetteerde zorgaanbieders over het jaar 2013 één formulier – te weten het formulier 'Nacalculatie DBC GGZ Zvw 2013' – in te dienen.
De zorgaanbieder en de zorgverzekeraar die over het jaar 2013 de 1e representerende zorgverzekeraar was voor deze aanbieder dienen uiterlijk 1 juni 2016 de definitieve productieafspraak 2013 bij de NZa in middels het formulier 'Nacalculatie DBC GGZ Zvw 2013'. De realisatie 2013 wordt ingevuld door de zorgaanbieder. De representerende zorgverzekeraar hoeft dit onderdeel niet mede te ondertekenen, dit hoeft alleen bij de productieafspraak. Daarnaast wordt bij de realisatie 2013 een controleverklaring op de juistheid van de gegevens ingediend.

Artikel 4.4

Op 1 januari 2013 is voor de curatieve GGZ de NHC ingevoerd. De NHC is een productieafhankelijke vergoeding voor kapitaallasten van vastgoed in verband met verblijf (klinische opname patiënt). Tot 2018 is er een regeling die in afnemende mate en ten dele compensatie biedt voor de verschillen die ontstaan tussen de oude vergoeding op basis van een vergunning en de nieuwe bekostiging op basis van productie. In de Beleidsregel Invoering NHC in de gespecialiseerde GGZ is de invoering en overgangsregeling nader omschreven. De positieve en negatieve verschillen worden per aanbieder bepaald en verrekend via het zorgverzekeringsfonds. De in artikel 4.4 genoemde opgaven dienen ter vaststelling door de NZa van de verrekening via het zorgverzekeringsfonds.
Opgemerkt wordt dat over het boekjaar 2013 met voorgaande regeling de omzet van de NHC is uitgevraagd. Met ingang van het boekjaar 2014 wordt de omzet niet meer afzenderlijk uitgevraagd. De omzet wordt vanaf 2014 bepaald op basis van het bedrag NHC. Voor verdere toelichting wordt verwezen naar de beleidsregel Invoering NHC in de gespecialiseerde GGZ en het controleprotocol 'Overgangsregeling NHC in de specialistische GGZ'.

Artikel 5

De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat een accountant de juistheid van de verstrekte gegevens en inlichtingen van de opgave realisatie van de doorloop DBC's 2012, van de realisatie DBC's 2013 en van de opgegeven gegevens m.b.t. de overgangsregeling NHC bevestigt, overeenkomstig de wijze die in de formulieren 'Nacalculatie doorloop DBC's 2012', 'Nacalculatie DBC GGZ Zvw 2013', 'Overgangsregeling NHC GGZ' alsmede de bijbehorende controleprotocollen is aangegeven. De controleverklaring moet worden meegezonden bij de ingediende aanvraag. Bij de opgave van de correcties 2008–2012 gaat het om een rapport van feitelijke bevindingen conform het accountantsprotocol 'correcties 2008–2012'.